

2 補助事業計画書

事業者名	有限会社 なごみの部屋		
事業所名	いちごのこころ【事業所番号：0670401264】		
介護サービスの種類	通所介護・通所型サービス	定員数	25名
〔介護ロボットの製品名〕 〔通信環境整備の製品名〕 導入時期及び台数	[製品名] シャワーオール（居室タイプ） [導入時期] 令和3年12月中旬～下旬 [導入台数] 1台		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 購入・リース（契約期間 年 月～ 年 月）		
事業概要（現在の問題点・導入台数の妥当性・職員との導入意義の共有）	当事業所の浴室浴槽は一般家庭用となっているため、ご自身で浴槽を跨げない方に対して、転倒や溺れに配慮しながら抱きかかえて入浴介助を行うのは職員の身体的負担が大きいものとなっています。 機器を導入することで利用者様自身の入浴の際の身体的負担の軽減と安全性が確保されます。設置場所を考えると1台のみになりますが、導入することにより多くの利用者様に安全に入浴サービスを提供できると考えております。		
機器を導入することにより達成する目標（機器導入の翌年から3年間、年度毎）	○導入後（翌年）1年目 職員及び利用者様の身体的負担の軽減、利用者様の入浴機会の増加 ○2年目 1年目と同じ ○3年目 1年目と同じ		
期待される効果等	○導入後（翌年）1年目 職員の腰痛等の身体的負担の減少、利用者様の衛生面、感染症リスクの軽減・安全性の向上、満足度のアップ。通所サービスでの入浴率の向上 ○2年目 1年目と同じ ○3年目 1年目と同じ		
効果検証の方法（効果に関するデータを客観的な評価指標に基づいて記録）	例）シャワーオールを利用することによる入浴業務の効率化と、負担軽減に関する職員満足度調査を実施し、導入効果を測定する。 ○入浴業務時間の短縮 ○職員の負担軽減効果 ○職員の導入満足度 等		

2 補助事業計画書

事業者名	社会福祉法人 慈敬会		
事業所名	特別養護老人ホームおばなざわ 【事業所番号： 0671800241】		
介護サービスの種類	介護老人福祉施設	定員数	57
介護ロボットの製品名 通信環境整備の製品名 導入時期及び台数	[製品名] wells リフトキャリー [導入時期] 令和 4 年 2 月 1 日 [導入台数] 2 台		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	<input checked="" type="radio"/> 購入・リース (契約期間 年 月～ 年 月)		
事業概要 (現在の問題点・ 導入台数の妥当性・職員と の導入意義の共有)	介護度の上昇に伴い、個浴で入浴できる方が少なくなっている。既存部の各フロアに1台ずつチェア浴はあるのだが、それだけでは対応しきれていない現状である。そのため、既存部の個浴に、1台ずつリフトキャリーを導入し、個浴を最大限に生かせるように対応していきたい。リフトキャリーを導入することにより、利用者の移乗動作も減るため、利用者の身体への負担の軽減及び、スタッフの腰痛予防対策を図ることができる。		
機器を導入することにより 達成する目標 (機器導入 の翌年から3年間、年度 毎)	○導入後 (翌年) 1 年目 ・機械操作を理解し、幅広く利用者へ対応できるようにする。 ・利用者の身体への負担の軽減、スタッフの介護負担の軽減を図る。 ○2 年目 ・幅広く利用者へ対応できるようにする。 ・利用者の身体への負担の軽減、スタッフの介護負担の軽減を図る。 ○3 年目 ・幅広く利用者へ対応できるようにする。 ・利用者の身体への負担の軽減、スタッフの介護負担の軽減を図る。		
期待される効果等	○導入後 (翌年) 1 年目 ・介護度の高い方でもリフトを利用しながら入浴出来る。 ・利用者の負担の軽減及び、スタッフの腰痛予防対策。 ○2 年目 ・1 年目と同じ効果が期待できる。 ○3 年目 ・1 年目と同じ効果が期待できる。		
効果検証の方法 (効果に関 するデータを客観的な評 価指標に基づいて記録)	リフトキャリー導入後、対象スタッフへアンケートを実施し、導入前と導入後では、どのような効果があったかを検証する。		

2 補助事業計画書

1 事業計画書

事業者名	社会福祉法人南陽 介護老人保健施設 ほなみ荘		
事業所名	【事業所番号：0651980013】		
介護サービスの種類	介護老人保健施設	定員数	88
〔介護ロボットの製品名〕 〔通信環境整備の製品名〕 導入時期及び台数	[製品名] バスリフト (EWB100SR) 背当てボード (EWBP106) トランスファーボード (EWB200R) 接続キット (EWBP200) [導入時期] 令和3年10月以降 [導入台数] 各1台		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	<input checked="" type="radio"/> 購入、リース (契約期間 年 月～ 年 月)		
事業概要 (現在の問題点・導入台数の妥当性・職員との導入意義の共有)	入所利用者の介護度が上がっており、入浴において一般浴の利用者が減少している。 バスリフト1台、トランスファーボードなど2台を導入し、家庭(一般)浴槽での入浴が可能な利用者を増やし、満足度の向上に繋がりたいと考えています。また、職員の身体的な負担を軽減し、継続して勤務してもらう事も期待し導入を申請します。		
機器を導入することにより達成する目標(機器導入の翌年から3年間、年度毎)	○導入後(翌年)1年目 入浴可能な利用者の一般浴への変更 利用者の入浴時の満足度向上 ○2年目 バスリフトを取り入れた入浴業務(利用者の割り振り・職員体制)の構築 入浴評価体制の確立(リハスタッフ・棟スタッフ) ○3年目 業務日課の定着化 職員の身体的ストレス(腰痛など)の軽減		

<p>期待される効果等</p>	<p>○導入後（翌年）1年目 利用者の入浴時の満足度向上 職員の身体的負担軽減</p> <p>○2年目 職員の身体的負担軽減 一般浴の対象者増加 入浴時の満足度向上による、サービス満足度の向上</p> <p>○3年目 身体的負担の軽減による離職率の低下 入浴時の満足度向上による、サービス満足度の向上</p>
<p>効果検証の方法(効果に関するデータを客観的な評価指標に基づいて記録)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・導入前後での身体的負担に関する効果測定 ・利用者の満足度の調査 ・一般浴対象者の割合の検証

2 補助事業計画書

事業者名	有限会社キャットハンドサービス		
事業所名	デイサービスセンターキャット東泉【事業所番号：0670800788】		
介護サービスの種類	通所介護	定員数	20名
介護ロボットの製品名 通信環境整備の製品名 導入時期及び台数	[製品名] Wells リフトキャリー WLC-Z-100 [導入時期] 令和4年2月10日 [導入台数]1台		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	<input checked="" type="radio"/> 購入・リース (契約期間 年 月～ 年 月)		
事業概要 (現在の問題点・導入台数の妥当性・職員との導入意義の共有)	<p><現在の問題点> 現在、浴槽へのまたぎ動作や浴槽からの着座、起立を介助にて行っている。そのため介助者の身体的、体力的な負担が大きくなっており、腰痛を引き起こす大きな要因となっている。</p> <p><導入台数の妥当性> 入浴環境が個浴対応で、一人ひとり入浴介助を行い対応している。そのため浴槽数と同様の1台を導入する。</p> <p><職員との導入意義の共有> 職員へ導入する意図を説明し、使用目的を明確にする。職員間で使用方法や使い勝手等の情報共有し、職員全体の機器導入の共通認識を持つようにする。</p>		
機器を導入することにより達成する目標 (機器導入の翌年から3年間、年度毎)	<input type="radio"/> 導入後 (翌年) 1年目 使用方法を理解し、どの職員でも使用可能にする。 機器を使用した介助方法を定着させる。 職員の体力的、身体的負担の軽減 <input type="radio"/> 2年目 職員の体力的、身体的負担の軽減 <input type="radio"/> 3年目 職員の体力的、身体的負担の軽減		
期待される効果等	<input type="radio"/> 導入後 (翌年) 1年目 入浴介助環境の改善 職員の腰痛予防 <input type="radio"/> 2年目 入浴介助環境の改善 職員の腰痛予防 <input type="radio"/> 3年目 入浴介助環境の改善 職員の腰痛予防		

効果検証の方法(効果に関するデータを客観的な評価指標に基づいて記録)

約6ヵ月の間隔で職員へアンケート(使用感、身体・体力的負担がどのように軽減したかなど)を実施する。